P-zegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 8 grudnia 1883. № 49. Rok XXII.

I. Przyczynek do techniki operacyjnéj i następowego leczenia raka migdałków.

Podał prof. J. **Mikulicz** w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48).

W pierwszych dniach ciepłota była tylko raz nieznacznie podwyższona, tętno przyspieszone aż do 100 uderzeń. Ponieważ chora tylko z trudnością mogła połykać, żywiono ją codziennie 4—5 razy wyłącznie za pomocą sondy. Profilaktycznie podawano jéj w pierwszych dniach *infusum ipecac.* Po każdém jedzeniu i oprócz tego jeszcze od czasu do czasu wydalano śluz nagromadzony w jamie ustnéj i połykowéj za pomocą tamponów z waty. 6go dnia tampony stały się nieco ruchome i zastąpiono je nowemi. Następnego dnia okazywała chora niepokój przy stanie zresztą zupełnie dobrym. Ponieważ ten stan i następnego dnia się utrzymywał i lękano się zatrucia jodoformem, przeto zastąpił Dr. Wehr gazę jodoformową 30-procentową 10-procentową. 7/6 trzecia zmiana opatrunku. 13/6 cała rana czysto granulowała, odświeżono zewnętrzne brzegi rany na rozległości 1cm. i zeszyto. 20/6 rana zewnętrzna zupełnie zagojona a 21/6 opuściła chora mieszkanie Dra Wehra, gdyż już od tygodnia sama przyjmowała najrozmaitszego rodzaju pokarmy. 2/7 także w połyku rana zabliźniona, a ruchy szczęki prawie normalne.

24/11 b. r. a więc prawie w 6 miesięcy po operacyi sam odwiedziłem pacyjentkę we Lwowie. Była ona zupełnie zdrową, lepiéj odżywioną, niż przed operacyją, bez śladu recydywy. W miejscu rany operacyjnéj widać bliznę linijową na 7cm. długą, wciągniętą ku wewnątrz, a w miejscu wyciętéj kości znajduje się tkanina prawie chrząstkowata. Ruchy szczęki całkiem swobodne, również i połykanie jakotéż i mowa. Blizna w połyku zupełnie gładka, niebolesna.

Mój sposób postępowania ma swoje zalety i wady. Nie przeczę, że resekcyja gałęzi szczęki dolnéj pozostawia trwałe zniekształcenie i że tymczasowe przepiłowanie szczęki dolnéj podług Langenbecka przedstawia idealną drogę do odsłonięcia migdałków. Po bliższém zastanowieniu się trzeba jednak przyznać, że chorzy z rozległym rakiem migdałków nie wiele tracą przez utratę ramienia szczęki dolnéj. Przedewszystkiém trzeba zważyć, że po ubytku obejmującym podniebienie miękkie i korzeń języka następowe skurczenie się blizny może upośledzić ruchomość zupełnie utrzymanéj szczęki, co w przypadkach wycięcia gałęzi wcale nie ma miejsca. Jeżeli się zresztą weźmie na uwagę, że po tymczasowém przepiłowaniu szczęki dolnéj już to w skutek nekrozy płaszczyzn przepiłowania, już téż to w skutek dyslokacyi oba szeregi zębów nie stoją ściśle w jednéj linii, w skutek czego cierpi możność używania szczęki, to nie będzie się przywięzywać zbyt wielkiéj wagi do upośledzenia funkcyi gałęzi pozostającéj po resekcyi. Ponieważ przyczepienie mm. żwacza i skrzydlastego wew. po części pozostaje utrzymane, to nawet dość silne ruchy żujące będą możliwe.

Większe może znaczenie ma brak téj części kości pod względem kosmetycznym. Późniéjsze doświadczenia na trupie przekonały mnie zresztą, że można jeszcze utrzymać o 2 lub 3cm. więcéj ze szczęki dolnéj aniżeli to miało miejsce w moim przypadku, bez utrudnienia przystępu do bocznéj ściany połyku. Wystarczy przepiłować gałąź szczęki dolnéj o 1cm. powyżéj kąta w kierunku poprzecznym. Po wyłuszczeniu gałęzi szczęki można i w takim razie uzyskać dość miejsca, jeżeli się trzon szczęki mocno odciąga, a brzegi rany mocno roztwiera. Oszczędność ta zaleca się nietylko ze względów kosmetycznych ale i czynnościowych, gdyż przyczepienia mm. żwacza i skrzydłatego wewnętrznego prawie w całości pozostają utrzymane.

Gdyby mi się przeto nadarzył podobny przypadek, to operowałbym w następujący sposób: Cięcie podłużne poczynające się od wyrostka sutkowego i przebiegające w kierunku skośnym do wielkiego rogu kości gnykowéj. Po warstwowém

przecięciu części miękkich (po części także gruczołu przyusznego) odsłania się od tyłu brzeg szczęki dolnéj (nerw twarzowy należy ocalić). Teraz oddziela się za pomocą raspatoryjum okostną zarówno od zewnętrznéj jak i wewnętrznéj powierzchni gałęzi szczęki a mianowicie ku górze, o ile można jak najwyżéj, ku dołowi zaś tylko do uczepienia mm. żwacza i skrzydlastego wew. Następnie przepiłowuje się gałąź szczęki o $^1/_2$ lub 1cm. powyżéj kąta szczęki, przecina ścięgno mięśnia skroniowego i wyłuszcza wreszcie gałąź szczęki. Za pomocą haka założonego na płaszczyznę przepiłowania pociąga się całą szczękę mocno ku dołowi i ku przodowi, a za pomocą innych dwóch szerokich haków odsuwa się z jednéj strony mm. żwacz i skrzydlasty wew. ku przodowi, a z drugiéj strony mięsień mostko- obojczykosutkowy wraz z leżącemi w głębi mm. dwubrzusznym i rylco-gnykowym ku tyłowi. Dno rany odpowiada wtedy dekładnie miejscu, w którém leży migdałek. Jeżeli się teraz przetnie boczną ścianę połyku, to uzyskuje się bezpośredni przystęp do łuków podniebiennych, do korzenia języka i do tylnéj ściany połyku aż do jamy nosopołykowéj. Jeżeli się jeszcze przetnie m. dwubrzuszny, to można się dostać aż do wejścia do krtani.

Co się tyczy właściwych korzyści tego sposobu operowania, to upatruję je przedewszystkiém w tém, że można zupełnie wolno odsłonić boczną ścianę połyku od z e w n ą t r z i całą operacyję prawie aż do końca wykonać b e z o t w a r c i a j a m y u s t n é j i p o ł y k o w é j i dla tego właśnie zaleciłbym ten sposób do naśladowania. Można tak wykonać operacyję z największym spokojem w głębokiéj narkozie, zatamować najdokładniéj krwotok, oznaczyć całkiem dokładnie granice części schorzałéj i uniknąć z łatwością nadwerężenia większych naczyń i nerwów. Ponieważ nic prawie krwi nie dostaje się do połyku, przeto i tracheotomija zapobiegawcza wraz z wytamponowaniem krtani s t a j e s i ę z b y t e c z n ą, a jestto zapewne nie najmniejszą zaletą téj metody. Zresztą jestto także rzeczą bardzo ważną ze względu na leczenie następowe, że się utrzymuje wolną komunikacyję pomiędzy raną w połyku i raną zewnętrzną; dozwala ona z u p e ł n e g o w y t a m p o n o w a n i a c a ł é j j a m y r a n y g a z ą j o d o f o r m o w ą i zapewnia aseptyczny przebieg rany w połyku, co znów jest najlepszym środkiem ochronnym przeciw zapaleniu płuc, powstałemu z połykania wydzieliny. Że ranę zewnętrzną późniéj trzeba na nowo zespajać, to w obec przytoczonych korzyści nie może uchodzić za wielką wadę.

Gdyby doświadczenie potwierdziło zdanie, że na téj drodze wyłuszczenie obrzęków migdałkowych staje się mniéj niebezpieczne a zarazem części schorzałe z większą pewnością dadzą się doszczętnie usunąć, to zrównoważyłyby te korzyści aż nadto dostatecznie jedyną znaczniejszą niekorzyść, polegającą na wyłuszczeniu gałęzi szczęki dolnéj.

II. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Przyczynek do nauki o samoistném znużeniu serca.
(Znaczny przerost serca, rozległa zakrzepica żylna).

Skreślił Dr. Alfred Wolfram.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

Przypadki F r a e n t z l a również nie mogą tutaj wchodzić bardzo w rachubę, a to z tego powodu, że w wielu razach obok przerostu serca istniała w tętnicach znaczniejsza miażdżyca. Jakkolwiek autor ten obie te sprawy chorobowe uważa jako spółrzędne, nie mniéj jednak jego przypadki tracą znacznie na wartości, skoro nie złożył bezwzględnie ścisłego dowodu na poparcie zdania, jakie głosi, że przerost serca w żadnym stosunku zależności z miażdżycą tętnic nie pozostaje.

Twierdzenie akuszerów francuskich, jakoby każda ciąża pociągała za sobą przemijający przerost serca, nie mogło sobie zdobyć uznania w Niemczech, gdzie powiększone stłumienie serca w takich razach tłumaczą wysokiém ustawieniem przepony, w skutek czego serce na znaczniejszéj przestrzeni przylega do klatki piersiowéj. Wyniki, do jakich doszedł D u r o z i e z przez opukiwanie serca ciężarnych, wtedy też tylko istotną wartość mieć by mogły, gdyby równocześnie sekcyja potwierdziła rozpoznanie, za życia uczynione.

Spostrzeżenia D a C o s t y, jakkolwiek poparte szeregiem bardzo licznych i na pozór przekonywających przypadków, tracą na swéj doniosłości, gdy się zważy, że autor ten nie widział niemal żadnego takiego przypadku ze zejściem śmiertelném. Jakkolwiek dla niego przerost taki jest faktem, niemogącym podlegać żadnéj wątpliwości, przecież mimowoli nasuwa się podejrzenie, ażali zawsze rozpoznanie za życia zrobione było prawdziwém? Podejrzenie to témwięcéj staje się uzasadnionêm, gdy się zważy, że właśnie autorowie ci, którzy mieli sposobność stwierdzania podobnych rozpoznań po śmierci, w przeważającéj części przypadków dla przerostu serca wykazać mogli dostateczną podstawę anatomiczną. I tak V a n d e r B y l (*Ueberanstr. d. Herzens* str. 137) na 70 przypadków rozpoznanego za życia samoistnego przerostu serca znalazł na stole sekcyjnym tylko ośm z całkiem zdrowemi zastawkami, w innych zaś 40 przypadkach nie odszukał ani jednego, któryby w powyższém znaczeniu tłumaczyć należało.

Również i przypadki S e i t z a nie wszystkie tak są czyste, aby mogły być wolne od wszelkiego zarzutu. Jak z protokołów sekcyjnych wnosić należy, zapalenie wsierdzia ścienne towarzyszyło w nich nieraz przerostowi serca, bądź to w postaci ograniczonych zgrubień i zmętnień na osierdziu i wsierdziu ściennêm, bądź też nieznacznych skróceń nitek ścięgnistych i włóknistych zwyrodnień mięśni brodawkowych.

Tak więc zdaje mi się nie ulegać wątpliwości, że znaczną część przypadków przerostu serca na tle zboczeń czynnościowych, które jako takie w literaturze przytaczają, z téj grupy chorób sercowych wyłączyć należy. Pozostała liczba uprawnia co najwyżéj do przypuszczenia, że p r z e r o s t s a m o i s t n y n a l e ż y d o b a r d z o r z a d k i c h z b o c z e ń c h o r o b o w y c h. Lecz i w przypadkach na pozór zupełnie wolnych od zarzutu należy być nader przezornym, i nie spieszyć się z wygłoszeniem stanowczego zdania. Jedynie jak najdokładniejsze badanie drobnowidowe mięśnia sercowego, zwojów i pierwocin nerwowych w nim rozmieszczonych, stanowczą w téj mierze może dać odpowiedź.

Jakkolwiek przypadek, który opisać zamierzam, nie czyni zadość wszystkim tym wymogom już z tego względu, że przy sekcyi nie uwzględniono badania drobnowidowego przyrządu nerwowego, który zaopatruje serce, nie mniéj stanowić on może przyczynek do nauki o samoistnym przeroście serca w znaczeniu powyżéj określoném, a u klinicysty obudzić większe zajęcie, choćby ze względu na zbiór objawów klinicznych, za życia spostrzeganych, i na cały przebieg choroby.

W y w i a d y: Dnia 7 stycznia bieżącego roku przeniesioną została ze szpitala św. Łazarza do kliniki Maryja Fiszerowa, 47-letnia wdowa po urzędniku, zajmująca się od lat kilku szyciem na maszynie ręcznéj. Chora ta, wyszedłszy

w 16 roku życia za mąż, przebyła 10 bardzo ciężkich porodów, cztery razy zapalenie płuc, a przed pięciu laty podobno dur brzuszny. Mimo to przyszedłszy po ostatniéj chorobie do sił cieszyła się względnie dobrém zdrowiem, albowiem wyjąwszy niezbyt dokuczliwe i częste napady duszności, które występowały zwłaszcza przy cięższém zajęciu fizycznêm, na żadne inne przypady chorobowe się nie użalała. Dopiero w październiku przeszłego roku stan jéj znacznie się pogorszył, duszność zwiększyła się, a nadto pojawiło się silne bicie serca, i gwałtowne napadowo występujące bóle w jego okolicy. Do objawów tych dołączyła się niebawem mierna opuchlina brzucha i odnóg dolnych, a wszelkie zajęcie fizyczne stało się dla niéj niemożliwém, tak że w końcu czuła się zmuszoną szukać pomocy lekarskiéj.

Stan obecny, jaki nam się dnia 11 stycznia przedstawił, był następujący: Osoba wzrostu słusznego, dobrze odżywiona. Skóra i błony śluzowe badaniu przystępne blade, oba policzki żywo zaczerwienione, szyja prawidłowo długa, żyły szyjne zachowują się prawidłowo, obie tętnice dogłowowe tętnią dosyć wyraźnie.

Klatka piersiowa dosyć długa, ku dołowi więcéj wysklepiona niż w górze, oddech nasilony, z torem przeważnie obojczykowym; przy ruchach oddechowych strona lewa lepiéj się porusza, aniżeli prawa.

Obmacanie potwierdza wyniki oglądania, a nadto stwierdza, że drżenie klatki piersiowéj, zwłaszcza z przodu, jest po stronie prawéj wyraźniejsze, niż po stronie lewéj.

Wypuk ponad płucami wykazuje obniżenie ich granic w miernym stopniu; po stronie prawéj z przodu, od szczytu do 4go żebra, jako téż z tyłu od góry do połowy łopatki jest wyraźnie przytłumiono-bębenkowy, poniżéj jawny. Ponad całą lewą połową klatki piersiowéj z przodu, jakotéż z tyłu od szczytu do dolnego kąta łopatki jawny, poniżéj zaś jakotéż w linii pachowéj w dole nieco przytłumiono-bębenkowy.

Ponad miejscami przytłumienia po stronie prawéj wdech nieoznaczony, wydech mocno przedłużony, oba pokryte dość obfitemi, drobnemi, równobańkowemi rzężeniami. Z tyłu na miejscu największego stłumienia na wewnątrz od górnego kąta łopatki wdech i wydech oskrzelowy i bardzo liczne trzeszczenia. Po stronie lewéj w dole, jakotéż z tyłu poniżéj dolnego kąta łopatki wyraźne tarcie opłucnowe, ponad miejscami przytłumienia dość obfite trzeszczenia. Ponad resztą płuc szmery prawidłowe, tylko wdech jest więcéj szorstki, a wydech nieco wyraźniéj słyszalny.

Kaszel częsty. Plwociny w dość obfitéj ilości, lepkie, ciągnące się, po największéj części bezpowietrzne, rdzawe, lub tylko z żyłkami krwi pomięszane.

Uderzenie końca serca w 6 przestworze międzyżebrowym rozlane, najlepiéj jeszcze wyczuwalne w przedniéj lewéj linii pachowéj, mało oporne, dosyć chybkie i regularne. Wstrząśnienie serca słabe, najwyraźniejsze jeszcze w drugiém i trzeciém lewém międzyżebrzu, jakotéż w dołku podsercowym.

Stłumienie względne serca powiększone tak w wymiarze osiowym jak i poprzecznym. Górna jego granica poczyna się w linii przymostkowéj lewéj na dolnym brzegu trzeciego, w linii sutkowéj lewéj na górnym brzegu czwartego żebra; brzeg prawy przekracza nieco liniję środkową mostka, lewy w kształcie łuku przechodzi liniję sutkową mniéj więcéj na odległość $1\frac{1}{2}$cm. i zlewa się w przedniéj linii pachowéj z uderzeniem końca serca. Dolna granica przechodzi bezpośrednio w stłumienie ponad wątrobą i nie daje się dokładnie oznaczyć. Całe stłumienie serca przedstawia się w kształcie owalu, którego wymiar osiowy, cyrklem zmierzony, wynosi 10cm., poprzeczny 8cm.

Nad uderzeniem końca serca dwa głuche tony, z których pierwszy słabszy i więcéj rozlany, drugi nieco silniejszy i więcéj ograniczony, oba bez przymieszki szmeru, słyszalne również nieco na zewnątrz od uderzenia końca serca. Nad tętnicą płucną i główną również po dwa tony, z których rozkurczowy nad tętnicą płucną zaostrzony, nad aortą dosyć głośny. Ponad całém stłumieniem serca nigdzie szmeru wysłuchać nie można. Nad podstawą serca rytm cwałowy. Tętnice obwodowe sprężyste, słabo wypełnione. Tętno po obu stronach równoczesne, jednako silne, dosyć częste, liczy bowiem 104 uderzeń na minutę, daje się łatwo ugnieść i jest regularne. W tętnicach dogłowowych ton rozkurczowy. Ciepłota miernie podniesiona.

Łaknienie upośledzone, język obłożony, stolec nieregularny, zazwyczaj wolny, niekiedy zaparty. Brzuch skutkiem nieznacznego przesięku surowiczego miernie wypięty; wątroba w granicach prawidłowych, śledziona powiększona, macalna, przy dotyku bolesna.

Mocz wysycony, skąpy, oddziaływania kwaśnego, o dosyć wysokim ciężarze gatunkowym, zawiera nieznaczną tylko ilość białka. Wałeczków w osadzie wykazać nie można.

W narządzie rodnym wyraźniejszych zboczeń nie zdołano wyśledzić.

Staw nadgarstkowy prawy obrzmiały, bolesny, ciepłota nad nim podniesiona.

Odnogi dolne obrzmiałe, lewa znacznie więcéj aniżeli prawa. Na odnodze lewéj największy obrzęk wzdłuż przebiegu naczyń żylnych, mianowicie na wewnętrznéj i tylnéj powierzchni uda. Skóra na tém miejscu jest najwięcéj napięta, obrzęk skutkiem tego twardy i bardzo bolesny, a bliższe badanie samychże żył niemożebne. O ile w ogóle stwierdzić się daje, postronkowatego stwardnienia wzdłuż przebiegu żył wykazać nie można. Ciepłota miejscowa, szczególniéj po wewnętrznéj stronie uda, nieco podniesiona, żyły podskórne nierozszerzone. Odnoga ta jest siedliskiem bardzo często się powtarzających bólów, które szczególniéj przez ucisk wzdłuż przebiegu żył, jakotéż przy zmienianiu położenia bardzo się potęgują, i nietylko choréj odbierają sen, ale wpływają także niekorzystnie na sferę psychiczną.

W narządzie nerwowym prócz nierównego rozszerzenia źrenic, które po stronie lewéj jest znaczniejsze niż po stronie prawéj, zresztą nic szczególnego wykazać nie można. Usposobienie psychiczne choréj jest bardzo zmienne, jest ona naprzemian rozdrażniona i płaczliwa, to znowu przygnębiona i smutna.

Chora znajdowała się w obserwacyi klinicznéj przez dni 41, a w czasie tym **dalszy przebieg choroby** był następujący:

Zmiany przedmiotowe w obu płucach ustępowały zwolna, zachowując przytém tę samą kolejność, w jakiéj się pojawiały, zarówno z niemi zmniejszał się i kaszel, podobnie jak i kłócie, a plwociny stawały się skąpsze, coraz mniej krwawe i lepkie. Zupełnie podobne nawroty sprawy chorobowéj w płucach pojawiały się częściéj wśród obserwacyi, zawsze spółcześnie z przemijającém podniesieniem się ciepłoty, a niekiedy i uczuciem zimna. Przebieg zawsze był ten sam, pomyślny. Ostatni nawrót choroby wystąpił 14go

lutego i trwał aż do śmierci. Różnił on się od poprzednich o tyle, że do zmian przedmiotowych w samémże płucu dołączyło się wypocinowe zapalenie opłucny po stronie lewéj, jak to na podstawie stłumionego wypuku w dolnych częściach, osłabionych tamże szmerów i wyraźnie słyszalnego tarcia wnosić należało. Gorączka dotychczas nieznaczna i wkrótce przemijająca, zwiększyła się widocznie, przyjęła tor zwolniający, zazwyczaj jednak nie przekraczała 39°C. Uderzenie końca serca pozostało wśród całéj obserwacyi klinicznéj rozlane, mało oporne, nigdy nawet pod wpływem podawania leków podniecających i skrzepiających, nie podnoszące wyraźnie mięśnia sercowego. Przy obmacywaniu okolicy serca nie spostrzeżono nigdy żadnego tętnienia ponad trzonem mostka lub w jego pobliżu, nie stwierdzono żadnych szmerów jakiegokolwiek rodzaju. Stłumienie serca powiększało się coraz wyraźniéj zarówno w poprzecznym jak i w osiowym wymiarze, tak że w końcu prawa granica sięgała na 2cm. na zewnątrz od linii przymostkowéj prawéj, a górna poczynała się na górnym brzegu trzeciego żebra. Brzeg lewy zarowno jak i dolna granica nie uległy prawie żadnéj zmianie. Tony sercowe pozostały przez cały czas słabe, głuche, szczególniéj głuchym i rozlanym był zawsze ton skurczowy nad uderzeniem końcowém. Dnia 23 stycznia dołączył się po raz pierwszy do tego tonu słaby szmer chuchający, ściśle skurczowy i do uderzenia końcowego ograniczony, albowiem na zewnątrz od niego dały się wysłuchać tylko dwa tony. Szmer ten z jednakiém zawsze nasileniem trwał tylko kilka dni, poczém zniknął bezpowrotnie. Towarzyszył mu lekki stan podgorączkowy, który jednak można było tłumaczyć sprawą chorobową, toczącą się równocześnie w płucach. Natomiast niedomoga serca w tym czasie się zwiększyła, tętno jakkolwiek nigdy poprzednio dobrze niewypełnione, przecież w tym okresie stało się nitkowate i więcéj przyspieszone, objawy zastoju w nerkach wystąpiły wyraźniéj, ilość białka w moczu się powiększyła. Zresztą ponad całą okolicą serca jakoteż ponad trzonem mostka i w tętnicach dogłowowych nigdy szmeru wysłuchać się nie udało.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Przebieg duru u chorych obserwowanych w Trebizondzie był nieco odmiennym od opisanego wyżéj. Dzięki znośniejszym warunkom higijenicznym i umieszczeniu chorych w barakach, zbudowanych za miastem przy starożytnych ruinach kościoła św. Zofii, pojawy właściwe cierpieniu były nieco łagodniejsze. Gorączka dochodziła stale do 39·1°C. Czas trwania choroby nie bywał dłuższy nad cztery tygodnie. Co zaś do towarzyszących powikłań to spostrzeżono tu tylko stałe występowanie zapalenia oskrzeli, nigdy nie maskujące sobą głównéj choroby i zwykle dość łagodne. W ośmiu przypadkach nastąpiło zapalenie otrzewny, kończące się zawsze nieszczęśliwie. Reszcie przypadków towarzyszyło zapalenie błony śluzowéj przewodu słuchowego, niekiedy róża, żadnego jednak nie mieliśmy przypadku powikłanego z krwotokiem lub zapaleniem gruczołu przyusznego. Jestto więc dość przekonywający dowód, że na siłę duru, jego przebieg i wystąpienie więcéj lub mniéj ciężkich powikłań, niezaprzeczenie wpływa znośna higijena, jak również odosobnienie chorych od innych.

Gdy wreszcie uwzględnimy przypadki duru spostrzegane w Stambule, to przekonamy się, że tutaj chorzy leczeni w szpitalach byli daleko szczęśliwsi od leczonych w mieście. Przypisać to należy samemu położeniu niektórych z tutejszych zakładów leczniczych, zbudowanych pośród ogrodów, posiadających sale dla chorych obszerne, jasne, i którym nie brak zasobu czystego powietrza, a niemniéj także wypada uwzględnić i rutynowy, trochę może pedantyczny, sposób leczenia, łatwy do przeprowadzenia tylko w szpitalach. Chorzy w szpitalach wojskowych pochodzili częścią z garnizonu miejscowego lub okolicznych posterunków, a w czasie ostatniéj wojny przywożono ich z rozmaitych punktów podwójnego teatru walki. Spostrzegane przypadki przedstawiały niejednakową siłę. U miejscowych chorych cechą groźnych form duru były zapalenia płuc i opłucnéj, po upływie których w $\frac{1}{5}$ przypadków przyłączało się stale zapalenie gruczołu przyusznego, róża i wysypka skórna (*ecthyma*). Chorzy zaś przywożeni z prowincyj, po przebyciu pewnego czasu w szpitalach polowych, przedstawiali zwykle stan bardzo opłakany. Wysokiemu stopniowi wyniszczenia i upadku sił towarzyszyło zawsze zaniedbane zapalenie oskrzeli, z niemniéj przykremi odleżynami, często tak obszernemi i głębokiemi, że zaradzić im było rzeczą bardzo trudną. Jednakże w całéj liczbie chorych dotniętych durem i obserwowanych tak osobiście jak i leczonych w szpitalach wojskowych przez innych kolegów śmiertelność w stosunku do innych miejscowości była bardzo nieznaczną, podczas gdy przypadki leczone w mieście bez wyjątku przedstawiając najgroźniejsze powikłania z nic nieznaczącym wyjątkiem wszystkie miały niepomyślne zejście. Dodam jeszcze i to, że przebieg duru u chorych w mieście bywa daleko prędszy, występujące powikłania liczniejsze, i siła ich rozwoju zawsze zabójcza. Mianowicie zaś w ostatnich dniach kwietnia b. r. wszyscy prawie tutejsi lekarze uskarżali się na niezwykłą dotąd śmiertelność pośród chorych dotkniętych durem, któremu stale towarzyszyły tak gwałtowne krwotoki, że przyspieszając przebieg choroby były przyczyną zejść nieszczęśliwych następujących nie później niż po upływie pierwszego tygodnia.

W wszystkich spostrzeganych przypadkach duru, tak ciężkich jak i łagodniejszych, starannie badany mocz przedstawiał także dość ciekawe szczegóły. W przypadkach, którym towarzyszył wysoki stopień gorączki, nie zawsze dała się wykryć w moczu znaczna ilość białka, jak wiemy znajdującego się w moczu chorych dotkniętych durem i powiększającego swą ilość stosownie do stopnia ciepłoty. U naszych chorych w Batumie i u leczonych po domach w Stambule mocz od początku choroby oddziaływał alkalicznie, podczas gdy w innych przypadkach kwaśne oddziaływanie było przeważającą jego cechą. Jednakże obecność fosforanów i moczanu magnezyi z małym tylko wyjątkiem dała się wyśledzić u wszystkich chorych. Niemniéj ciekawym był u naszych chorych i ciężar gatunkowy moczu. U jednych (Batum) utrzymywał się w stanie powiększonym od początku aż do końca choroby, w innych znowu przypadkach (Trebizonda i szpitale w Stambule) przy niestałéj ilości kwasu moczowego i ciężar gatunkowy moczu także był zmniejszony. Uroglaucyny i uroretryny jak również moczu koloru sinawego nie spostrzegaliśmy. Ilość chloranów zawsze była zmniejszoną. Co zaś do powikłań ze strony narządu moczo-płciowego, byliśmy dość szczęśliwi, niespostrzegaliśmy bowiem żadnych pojawów. Chorzy nasi oddawali mocz normalnie. Nieżyty pęcherza, zapalenie miedniczek, tworzenie się ropni w nerkach, stany

takie jak amon-anemia i uremia pozostały z dala od naszych chorych. Wysypka skórna przedstawiała tę cechę, że ukazując się tylko na powłokach brzusznych między 8—11 dniem choroby, przedstawiała się jako plamy różowe wielkości soczewicy, w ilości nie większéj niż 12—17, znikające pod uciskiem, trwające najdłużéj dni sześć i pozostawiające po sobie szaro-żółtawe piętno. Wielką dla nas niedogodnością była konieczność poddania się panującéj tu zasadzie, ze rozbiory zwłok i badanie anatomo-patologiczne są czynnością zbyteczną i wzbronioną w t. zw. tu *Constitution médicale d'Orient.* I jakkolwiek nie zaniedbywaliśmy zwrócić uwagi na pojawy ze strony ośrodków i pewnych pni nerwowych, choć spostrzegaliśmy skręcenia kąta ust, łzawienie i zezowatość, a także przypady cechujące stan podrażnienia w dziedzinie nerwów rdzeniowych, nerwu troistego i twarzowego, to jednak niepodobném tu było za pomocą sekcyi mózgu dorzucić choćby najskromniejszy dowód do zdania prof. Meynerta o prawdopodobnych zmianach w komórkach i w istocie korowéj tego organu!

Wreszcie rzut oka na sposoby leczenia duru w Turcyi przekona nas, że tutaj częściéj niż gdzieindziéj posłuszne korzenie się pod ciężarem wyznawanych doktryn o patogenezie duru wpływa stanowczo na utrzymanie się przy tém lub owém postępowaniu leczniczém. Dla tych więc, którzy uważają ten stan chorobowy za następstwo zmian zaszłych we krwi i żółci, „zrobić upust krwi, powtórzyć go dowolnie, a następnie nic nie robić w ciągu pierwszych trzech dni i tak postępować w ciągu dni następnych", jest zasadą sankcyjonowaną niejako zawodami doznanemi po zastosowaniu innych środków leczniczych. Gruby to jednak błąd, przeciwko któremu powstaje samo doświadczenie, nakazujące działać w stosownéj chwili. Wiedzą o tém dobrze lekarze tu praktykujący, wyszli mianowicie ze szkół francuskich. I jakkolwiek i ich sposób leczenia wydaje mi się trochę tchnący rutyną, to jednak podać go tu uważam za stosowne. Postępowanie więc naszych starszych kolegów w obec téj tak tu zwanéj *Fièvre typhoide confirmée* bywa następujące: 1) zastosować środek przeczyszczający, zwykle siarkan magnowy; 2) powtarzać go dotąd, dopóki się nie zapewnimy o ustaniu burczenia *(gargouillement)* w jamie brzusznéj po stronie prawéj; 3) podtrzymywać siły chorego przez zastosowanie środków wzmacniających; 4) postawić pryszczydła na klatkę piersiową w razie powikłań ze strony narządu oddechania. Jak widzimy, jestto postępowanie bardzo proste, nic przeciwko gorączce, nic z zakresu pomocy higijenicznych pomijanych zwykle, jedynie z powodu, że sprawa chorobowa nie da się zmodyfikować w swym przebiegu. Jeżeli jeszcze dodam, że czarny siarczek rtęci za przykładem Serresa, często tu stosują jako przeczyszczający i sprowadzający przemianę w treści płynów ustrojowych, będzie to wystarczającém do uzupełnienia rutynowego leczenia. Inném jednak jest postępowanie tych, ktorzy kierując służbą chorych w tutejszych szpitalach, korzystając z obfitego nieraz materyjału mogli stosować rozmaite lecz bardziéj racyjonalne sposoby leczenia duru. I choć doświadczenie przekonało nas, że dotąd nie posiadamy środka wyłącznie działającego na tę sprawę chorobową, to jednak stosowanie chlorku rtęci, nadsiarkanów, kreozotu, jodku potasu i kwasu karbolowego jest tu w ciągłém użyciu. Przyjęta zaś zasada, że środki przeczyszczające są szkodliwe w okresie najsilniejszego rozwoju choroby sprawia, że przepisujemy je naszym chorym tylko w początkach, podając najczęściéj odwar tamaryndowy z dodatkiem rozczynu kwaśnego winianu potasu.

Pojawem najbardziéj nas niepokojącym jest stopień ciepłoty chorych, przeciwko któréj stosujemy tak środki wewnętrzne jak i zewnętrzne. Leczenie wewnętrzne zależy na zastosowaniu kwasu salicylowego, naparstnicy, siarkanu chininu i do wstrzykiwań podskórnych, akonitynu i weratrynu. W ostatnich czasach, postępując za przykładem prof. Draschego i Seifferta, stosowaliśmy kairynę w dawkach od 50 cgr. do jednego grama i więcéj; rezultata przekonały nas o obniżeniu się stopnia ciepłoty ale tylko na czas krótki. Postępowanie zewnętrzne ograniczało się do stosowania nacierań ustroju ręcznikami zmaczanemi w wodzie o ciepłocie pokojowéj. W szpitalach bowiem naszych niepodobném bywa zwalczenie wstrętu chorych do istotnie zimnéj wody, co przy braku stosownych przyrządów utrudnia bardzo jéj stosowanie. O traktowaniu zaś zimną wodą chorych w praktyce prywatnéj nie wspominam nawet, bo u nich nietylko już obawa przeziębienia się i napędzenia sobie nowego cierpienia, ale jeszcze przesąd i często zła wola czynią zwykle ten sposób postępowania niemożebnym. W tym względzie szczęśliwsi są od nas lekarze niemieccy, mianowicie Dr. Mortmann, który w kierowanym przez siebie szpitalu z wielką korzyścią dla chorych stosuje kąpiele o ciepłocie 13° do 20°R. ściśle postępując podług wskazań Brandta, zalecającego kąpać chorych w durze pięć do ośmiu razy w ciągu 24 godzin. W praktyce zaś prywatnéj największém zwycięztwem, jakie mogliśmy otrzymać na tém polu racyjonalnego postępowania, było zgodzenie się chorych na przyjęcie zimnéj enemy.

W szpitalu angielskim znowu miałem sposobność obserwowania nowego tu sposobu używanego do obniżenia ciepłoty ustroju chorych w durze, mianowicie przyrządu wynalezionego i zalecanego przez Dra Dumontpaliera. Jestto obwinięty w podwójne płótno szereg rur kauczukowych, przez które puszcza się stały prąd wody o dowolnéj ciepłocie. Na tym rodzaju kołdry układa się i okrywa nią chorego, którego ciepłota znacznie się obniża w skutek bezustannego krążenia w rurach zimnéj wody. Dwa ciepłomierze, umieszczone jeden przy otworze rury wprowadzającéj wodę, drugi przy jéj odpływie na zewnątrz, pozwalają oznaczyć tak stopień ciepłoty wprowadzonego płynu, jak również ilość stopni ciepłoty wody odpływającéj, która pozostawała w pośredniém zetknięciu z ustrojem chorego. Że zaś przyrząd ten okazał się korzystnym w praktyce szpitalnéj, to wypada już ztąd wnosić, że Dr. Paterson będąc osobiście nie zbyt wielkim zwolennikiem wynalazków francuskich, zdecydował się jednak na zastosowanie przyrządu Dumontpaliera w leczeniu swych ziomków.

Propagując na tureckim Wschodzie radę daną nam przez prof. Dietla żywiliśmy naszych chorych z największą ostrożnością. To téż i nie mieliśmy powodu narzekania. I pomimo, że nasi chorzy byli przyzwyczajeni do potraw prostych, w których głównie figurują jarzyny z tłuszczem i ryż, to jednak z łatwością przyzwyczajali się do rosołu, kotletów i kompotu, jednak wyłącznie tylko dereniowego, nie żądając wcale powrotu co rychléj do pokarmów bardziéj obciążających żołądek.

Nie wiem, jak długo przyjdzie pozostać tutejszym lekarzom przy sposobach rutynowego leczenia. Dzisiaj bowiem ściśléj znając przyczyny sprzyjające rozwojowi duru, mogąc

je obserwować, badać ich siłę, uchwycić ich stronę słabą, słowem mając przed sobą zdemaskowanego nieprzyjaciela, nie należy wątpić, że te etyjologiczne dane pozwolą może odkryć właściwy środek do pewnego działania przeciw owym prątkom czy grzybkom, które dotknięte w łonie samych ustrojowych tkanek, zmienią niezaprzeczenie doniosłość dotychczasowego rokowania w tém tak groźném cierpieniu. Turecki Wschód także zyska na tém nie mało; byleby tylko chciał nabrać przekonania, że dobra higijena jest najdzielniejszą opiekunką zdrowia publicznego. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

P. Virchow: **O zapaleniu mózgu wrodzoném.**

Już od lat 20tu spostrzega autor od czasu do czasu u noworodków, zwłaszcza u nieżywo urodzonych, pewne zmiany w mózgu, nad któremi dotąd bliżéj się nie zastanawiano Zmiany te polegają na obecności nader licznych komórek i ciał ziarnistych, mieszczących się przedewszystkiém jednostajnie w istocie białéj półkul, podczas gdy w istocie szaréj nie ma ich wcale. Niejednokrotnie zwracał V. uwagę na to zjawisko, a sądząc, że przyczyną jego jest sprawa zapalna, nazwał tę zmianę zapaleniem mózgu wrodzoném. Wszyscy, którzy się tą sprawą zajmowali, spostrzegli, że pojawia się ona nader często a Hayem oświadczył się przeciw przypuszczeniu sprawy zapalnéj, na podstawie badania dwunastu przypadków, w których ją zawsze znajdował. Jastrowitz starał się udowodnić, że zmiana ta stoi w ścisłym związku z prawidłowym rozwojem mózgu. Zdaniem V. nie można dotąd wcale osądzić, o ile zmiana jest wrodzoną, tj. w jakim stopniu rozwoju znajduje się ona przed porodem. Na szeregu przypadków można się o tém przekonać niezawodnie, a mianowicie w przypadkach urodzenia się dzieci nieżywych, albo gdy śmierć następuje w krótkim czasie po porodzie; z każdym dalszym dniem życia staje się wątpliwém, czy ją należy rzeczywiście odnieść do życia śródmacicznego. Zapatrywanie Jastrowitza nie przemawia autorowi wcale do przekonania a usprawiedliwia się w ten sposób:

Zajmując się od dawna szczegółowém badaniem komórek zawierających tłuszcz, odróżnił V. trzy rodzaje takowych. Do pierwszéj kategoryi zaliczył komórki, w których tłuszcz znajduje się jako ich istotny i stały składnik, jako składnik histogenetyczny. Do drugiéj, komórki, w których znajdowanie się tłuszczu oznacza stan wprost przeciwny, jest bowiem objawem przedwstępnym ich rozpadu; pośród tych dwóch kategoryj umieścił trzecią z komórkami, w których tłuszcz znajduje się tylko przejściowo, a w stanie prawidłowym zostaje wydalonym w krótkim czasie. Ten podział należy dotąd utrzymać, dodać jednak wypada, że komórek żadnéj z tych kategoryj nie należy uważać za twory patologiczne, że tedy z saméj obecności tłuszczu nie można wcale wnosić, że się ma przed sobą sprawę fizyjologiczną lub téż patologiczną, a w ustroju fizyjologicznym wynalazł przykłady wszystkich trzech kategoryj.—Nikt dotąd nie rozpoznał czwartéj kategoryi komórek tłuszcz zawierających, a jeżeli tak jest, to odnosząc to zapatrywanie do sprawy, o któréj mowa, należy bez względu na praktyczne znaczenie téj zmiany w mózgu tych nowrodków zapytać: czy zmianę tę wypada uważać za stłuszczenie fizyjologiczne, czy za stłuszczenie poprzedzające rozpad, czyli téż za przejściowe wypełnienie komórek ziarnami tłuszczu? Co się tyczy pierwszego przypuszczenia to przyjmując je, należałoby spodziewać się wytworzenia się w mózgu tkanki tłuszczowéj, czego dotąd nikt nie spostrzegł. Pozostawałoby tedy przypuścić, że zachodzi jedna z dwóch innych spraw; albo więc komórki pozbywają się następnie tłuszczu i istnieją nadal jako takie, albo téż z powstaniem tłuszczu tracą budowę organiczną i rozpadają się następnie. Jastrowitz sądzi, że to jest pochłanianie tłuszczu przez komórki, a więc druga z trzech wymienionych kategoryj. Twierdzi on, że w mózgu noworodków odbywają się rozległe przemiany, wśród których należy przypuścić rozpad, którego produkty bywają w ten sposób uprzątane. Od dawna znaném jest tego rodzaju uprzątanie produktów rozpadu istoty mózgowéj. Kölliker wykazał komórki zawierające składniki istoty nerwowéj już w r. 1845. Trzeba jednak odróżnić istotę nerwową od tłuszczu znajdującego się w przypadkach, które autora tutaj obchodzą. Kuleczki znajdujące się w komórkach i ciałach ziarnistych są zwykłym tłuszczem, który opiera się działaniu zasad na zimno, podczas gdy istota znajdująca się w komórkach napotykanych niekiedy w mózgu rozpuszcza się po dodaniu ługu i to już na zimno, wśród tych warunków nie powstaje zmydlenie tłuszczu jak wiadomo. Tak tedy niemożliwém jest zamienienie tych ziaren z istotą rdzeniową. Zdaniem autora sprawa napotykana tutaj jest zwyrodnieniem tłuszczowém w najściślejszém znaczeniu tego wyrazu, napotyka się bowiem wszystkie stopnie téj zmiany począwszy od prawidłowych komórek aż do bezpostacich mas tłuszczowych, napotykanych zazwyczaj wśród zwyrodnienia tłuszczowego innych tkanin. Dwie postacie téj zmiany rozróżnia V., rozsianą i ogniskową. Uwagi podane dotyczą postaci rozsianéj, która jest niedostępną dla badania gołém okiem, podczas gdy w postaci ogniskowéj można zmianę już gołém okiem dokładnie spostrzedz. Widać mianowicie w istocie białéj ogniska zaćmione, które stają się coraz mniéj przeźroczystemi, przybierają wejrzenie żółtawo białe, a ostatecznie rozmiękają i stanowią ogniska rozmiękłe. Oprócz zmian wymienionych napotyka się w nich jeszcze szczególniejszą zmianę włókien osiowych, polegającą na żylakowatém obrzmieniu i rozpadzie tak, że wśród cząstek tłuszczowych widać ciałka podługowate i wrzecionowate. Porównywając obie postacie przychodzi się do przekonania, że pomiędzy niemi nie ma istotnéj różnicy, sprawa ogniskowa jest tylko miejscowém wzmożeniem się ogólnéj zmiany; jestto tylko jedna sprawa chorobowa w różnych okresach, tak jak napotykając w płucu ogniska serowate i ognisko rozpadowe nie odróżnia się dwóch postaci, tylko jednę w różnych okresach rozwoju. Ogniska, o których mowa, są ogniskami rozmiękłemi w mózgu i najpodobniejszemi są do postaci zwanéj powszechnie u dorosłych rozmięknieniem żółtém; różnią się zaś od nich jedynie zmianą włókien osiowych, które biorą u noworodków znaczniejszy udział w sprawie rozpadowéj aniżeli u dorosłych.

Tylko dla tego, że napotyka się zmianę tę bardzo często, sądzi Jastrowitz, że uważać ją należy za fizyjologiczną. Chcąc i w tym względzie nabyć przekonania przedsięwziął V. badania w ostatniém półroczu, poddał im wraz z Israelem mózgi 44 noworodków lub płodów nieżywo urodzonych i przekonał się, że nie napotyka się jéj wcale tak często, iżby można usprawiedliwić powyższe twierdzenie Jastrowitza. V. przedstawia właśnie tę sprawę szerszym kołom lekarzy, aby dać pochop do badań w tym kierunku, gdyż spodziewa się, że jeżeli ona jest chorobową, jak to dotąd utrzymuje i zmianą regresywną, nie może pozostać jako

objaw obojętny i nabędzie znaczenia w praktyce. Już na mocy dat zebranych na podstawie własnych spostrzeżeń twierdzi, że zmiany téj nie można żadną miarą uważać za objaw ogólnego zboczenia w odżywieniu, jakto mianowicie pojmował i tłumaczył Parrot w Paryżu. Wychodząc z zapatrywania, że ma się do czynienia ze sprawą z charakterem czynnym, sprawą wypływającą z zadrażnienia, nazwał ją V. *Encephalitis*, zwłaszcza że znajdował w siatkówce zmiany analogiczne, mianowicie pojawienie się ciał ziarnistych, wychodzących z tkanki śródmiąższowéj, podczas gdy rozgałęzienia nerwu ocznego obrzmiewały na kształt żylaków, którąto zmianę zwano zapaleniem siatkówki. Co do pojmowania zapalenia istnieją obecnie rozmaite zapatrywania, dla tego nazwanoby może ten szereg zmian odmiennie; autor nabył przekonania, że to jest sprawa polegająca na zadrażnieniu, chociażby nie była zapaleniem w znaczeniu ścisłém, to przecież można przed okresem stłuszczenia wykazać zmiany świadczące o zadrażnieniu, a mianowicie powiększenie komórek, zwłaszcza komórek neuroglii, nieznajdujące się w innych mózgach dzieci zmarłych w tym samym wieku, i dzielenie się jąder komórek. (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 46 1883). *Dr. Schaitter.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich

Sprawozdanie z Walnego Zgromadzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 23 czerwca 1883.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48).

Wiadomo nam, że mleko matek lub mamek pod wpływem przykrych wrażeń, moralnych wstrząśnień, kłopotów itp. pozostających, niekorzystnie oddziaływa na karmione niém dzieci, i że zadawane tymże żywicielkom *laxantia*, *emetica* itd. u karmionych przez nie niemowląt odpowiednie wywołują skutki. Czyż można się spodziewać, aby krowy w dni skwarne nieustannie przez owady drażnione, promieniami słońca pieczone, po spożyciu poniekąd i z korzeniami znacznéj ilości roślin drastycznie działających pod wpływem takich czynników normalne mleko wydzielać mogły. Groźny obraz choleryny niemowląt, te szybko po sobie następujące surowicze wypróżnienia, wodniste wymioty, pragnienie niedające się ugasić, zatrzymanie moczu, szybki upadek sił, depresyja w oddychaniu, bezgłos, śpiączka, objawy wodnistości mózgu (*Hydrocephaloid, Marshall Hall*), wreszcie szybkie, częstokroć w 24 godzinach następujące zejście śmiertelne, wymaga niewątpliwie chwytania się stanowczych środków. Oznaczona poprzednio niepewność nasza co do przyrzutu i istoty chorobowéj, daléj pozostawanie bez wydatnego wskazania przyczynowego, wreszcie i w obec rzeczywistości, że przeciw cholerynie nie mamy leku swoistego, bo ani chinin, ani kwas karbolowy i salicylowy, ani chloral, ani resorcyn w przypadkach ciężkich dotąd zgonu nie powstrzymały, zmuszają nas do zwrócenia uwagi na grożące tu niemowlętom porażenie mózgu i serca. Zgodzić się winniśmy zupełnie ze zdaniem Wertheimera przed dziesięciu laty (w *Jahrbuch für Kinderheilkunde* N. F. VI, 2, 1873) spisaném, a w ostatnim czasie przez Widerhofera, Herza, Soltmanna, Parrota, Ehrenhausa i innych potwierdzoném, że przedewszystkiém chodzić nam powinno o powstrzymanie grożącego upadku sił. Soltmann ostrzega, aby nie tracić czasu na dawaniu leków odurzających i ściągających i zaleca, aby z stosowaniem środków pobudzających dopóty nie ustawać, dopóki niebezpieczeństwo upadku sił nie minie. Na tém, zdaniem jego, polega główne zadanie czynności lekarskiéj. Kto leczenia choleryny od tego nie rozpoczyna, ten wykracza przeciw prawowitéj metodzie. — Już przed 10ciu laty zwracał uwagę na to Wertheimer, że wina ciężkie i inne płyny wyskokowe szkodliwie działają w cholerynie. Polecał natenczas jako lek pobudzający przetwory amonijakowe i czarną herbatę, twierdząc, że środki te nietylko na czynność serca i płuc odżywczo działają, lecz i kwasy niszczyć są w stanie. Herbata, zdaniem jego, usuwa senność, wymioty i rozwolnienie. Dzieciom dwumiesięcznym po dwie filiżanki naparu każe podawać powoli na zimno. Oprócz tego używa gorczyczników, rozcierań, ciepłych zawijań itd. Zdanie Wertheimera co do wyboru leków pobudzających potwierdza po 10ciu latach Widerhofer w dziele zbiorowém Gerhardta, zaznacza, że alkohol u dotkniętych choleryną nie łatwo się trawi i nadmienia, że trudno mu przychodzi oznaczyć granicę, w któréj działanie pobudzające wyskoku ustaje, a odurzające się rozpoczyna. Lepiéj od alkoholu podług niego gasi herbata silne pragnienie niemowląt, usuwa śpiączkę i powraca przytomność. Ze środków zewnętrznych ku podporze metody pobudzającéj zalecane są powszechnie krótkie ciepłe kąpiele z gorczycą przyrządzone, a już przez słynnego Trousseaua do skarbca leczniczego wprowadzone. Kąpiele z gorczycą (30,0—60,0 proszku z gorczycy do kąpieli na 30_0R. ogrzanéj) zaraz z początkiem choroby, przy pierwszych objawach groźniejszych używać każą nawet po kilka razy dziennie Vogel (1867), Widerhofer (1873), Jacobi (1879), Laube (1874), Ehrenhaus (1880), Soltmann (1881), Herz (1882), Ostrowski, Steiner, Neureutter, Gerhardt i inni. W obec upadku sił każe Soltmann (*Ueber die Behandlung der wichtigsten Magen- und Darmkrankheiten des Säuglings für den Praktiker.* Tübingen, 1881. Laupp'sche Buchhandlung.) podawać co pół godziny po 3—5 kropel *Liqu. ammon. anisat. c. spirit. aether āā*, lub téż poleca podskórne zastrzykiwania zwykłego eteru, jednę lub dwie strzykawki Pravaza na 24 godzin. Z eterem łączy także lub téż w proszku podaje *Acid. benzoicum* po 0,06 *pro dosi* w przekonaniu, że lek ten oprócz podniety sił, wpływa także na obfitsze wydzieliny moczu i grzyby zniszczyć jest w stanie.

W taki sposób przez owe najniebezpieczniejsze 24 godzin, w których energija serca tak jest podkopaną, często nawet w rozpaczliwych przypadkach, udało się Soltmannowi uchronić dzieci od niechybnego zgonu. Aby gasić pragnienie, każe podawać także herbatę na zimno z koniakiem, kawę i kawałki lodu.

Środki rozwalniające jak magnezyja, olej rącznikowy itp. zdaniem Widerhofera, można tylko w okresie takim zadawać, gdzie o cholerynie nie masz jeszcze mowy, t. j. tylko w obec dyspeptycznych objawów sztucznie żywionych dzieci. Kalomel zaś poleca usilnie w pierwszym rozwoju choroby, po pierwszych surowiczych stolcach, po których upadek sił szybko następuje. Herz ostrzega przed tym środkiem i zaleca zgodnie z Soltmannem, Epsteinem, Zielewiczem, Kapuścińskim, Kułakowskim (Przegląd Lekarski, 1879, Nr. 41), Jakubowskim i innymi użycie *Natr. benzoic.* rozpuszczonego w wodzie i koniaku (*Rp. Natr. benzoic. 5,0, Aq. destill 90,0, Cognac. 2,0, Syrup. simpl. 15,0 MDS.* co godzinę po łyżeczce od kawy). Soltmann miał podobno jeszcze lepsze rezultaty po zadawaniu resorcyny, któréj nawet potém podczas okresu wyzdrowienia używać każe. (*Rp. Resorcini 0,1—0,2, Inf. Chamomill. 60,0, Tinct. opii spl. gutt. 2. MDS.* Co dwie godziny po łyżeczce od kawy). Chinin wewnętrznie i podskórnie stósowany jako i zwykłe leki ściągające nie mają, zdaniem Herza, w leczeniu choleryny żadnego znaczenia, toż samo i *Bismut. subnitric.*, *Bismut. tannic.* przez Lederera zalecane. Środków narkotycznych nie radzi Herz zadawać (zwłaszcza zaś u dzieci w pierwszych miesiącach życia) z obawy przed przekrwieniem mózgowia i godzi się z Epsteinem, Kjellborgiem na wodnik chloralu, którym uspakaja boleści, uśmierza wymioty a nawet i rozwolnienie powstrzymuje. Kjellberg (*Deutsche mediz. Wochenschr.*, 1880, Nr. 37) poleca stosowanie leku tego w enemie i to natychmiast po wypróżnieniu i uważa kiszkę odchodową w tym razie za najstosowniejsze miejsce aplikacyi. Aż do zupełnego ustąpienia wymiotów i rozwolnienia nie masz zdaniem Soltmanna i innych autorów mowy o zadawaniu jakiegokolwiek pożywienia, nawet ani mleka matki lub kleiku. W rekonwalescencyi dopiero pozwala na użycie przygotowanego i w lodzie ochłodzonego mleka. Dr. Epstein (*Prager med. Wochensch.* 1881, Nr. 33) w wykładzie na zebraniu niemieckich lekarzy w Pradze w lipcu 1881 roku wygłoszonym, zaleca przy pojawieniu się choleryny natychmiastowe zaprzestanie użycia mleka (nawet i pokarmu matki lub mamki) i podawać każe zamiast tego białko jaja kurzego, które w 500 gramach przegotowanéj i wystudzonéj wody rozbić i przecedzić trzeba. Poleca prócz tego przy wymiotach kwaśnych i żółto zabarwionych przepłukiwanie żołądka wodą przekroploną i to za pomocą zgłębnika żołądkowego, powoli tylko i z wielką ostrożnością radzi powracać do mleka matki. Herz używał także białka i twierdzi, że mu kilka razy

dobre oddało usługi, radzi przecież co żywo powracać do piersi żywicielki, albo do odpowiedniego sztucznego pożywienia jak mięszanka Biederta itp. Tu wspomnieć nam jeszcze wypada o wyrobach Liebiega i Hartensteina, które w cholerynie niemowląt nawet poważne polecały osobistości. Leguminosa Hartensteina i Malto-Leguminosa nadwornych dostawców Starkera i Pobudy w Stuttgardzie, nie dają się tu użyć tak, jak to twierdzą ich wynalazcy. Przekonaliśmy się, że polewka z nich wstrętną jest dla wielu, nawet starszych dzieci, daléj że wielkiéj wymaga troskliwości przy zgotowaniu i że użytą być może tylko czasem i to pod koniec rekonwalescencyi.

Gdy nad tym przedmiotem otwarto dyskusyję, zabrał głos kol. **P e r n a c z y ń s k i** podnosząc, że w pierwszym okresie choleryny podaje, w skutek polecenia poznańskich lekarzy, będźwinian sodowy z bardzo dobrym skutkiem. W późniejszych jednak okresach choroby przepisuje *Liquor. ammon. anis.* i każe brać kąpiele podniecające, a tylko skoro i te środki zawiodły, ucieka się do kalomelu przepisując go w formie, w jakiéj środek ten podawany bywał przez starszych lekarzy, t. j. w proszkach z dodatkiem małéj ilości wyciągu makowcowego. — Na uwagę kol. **K o s z u t s k i e g o**, że według zapatrywań kolegów przytoczonych w referacie tylko rozwalniający skutek przypisać można kalomelowi, odpowiada kol. Pernaczyński, że środek ten rozkładając się na dwuchlorek rtęciowy wstrzymuje kiśnienie. Kol. **Z i e l e w i c z** zupełnie unika leków makowcowych; podziela też zdanie kol. Pernaczyńskiego, że będźwinian sodowy w pierwszym okresie choroby prawie jest wszechwładnym, nie wie jednakże, czemu to przypisać. W okresie zamartwiczym używa także kąpieli pobudzających. — Kol. **P e r n a c z y ń s k i** przekonał się, że skoro tylko wymioty ustępują, podawania będźwinianu sodowego zaprzestać trzeba, inaczéj drażniąc środek ten nowe wywołuje wymioty.

Po wygłoszeniu kilku jeszcze innych uwag przez kol. **K o s z u t s k i e g o, J e r z y k o w s k i e g o i R a d z i e j e w s k i e g o**, kol. **P e r n a c z y ń s k i** opowiada historyję przypadku, w którym opadnięcie grubéj sosny wywołało u szewca niedokrewnego strzaskanie stopy prawéj. Zgłębnik napotkał na kawałki kosteczek. Obrzmienie całéj stopy tak było znaczne, że kol. P. odjęcie stopy uważał za wskazane. Przystąpiwszy do wykonania rękoczynu stopniowo po sobie wykonał operacyje według metody Choparta, Pirogowa, a w końcu odjął nogę w wysokości pomiędzy kostką a kolanem, a to z tego powodu, że w ciągu poprzednich operacyj, przekonał się o rozmiękczeniu kości w dalszych okolicach. Dopiero w wysokości, w jakiéj amputacyja nastąpiła, napotkał zdrową kość. Chrząstki w stawie były zdrowe. Przebieg dobry przy użyciu jodoformu. Przy téj sposobności kol. P. dodaje, że chory, o którym na posiedzeniu poprzedniego Walnego zgromadzenia zdawał sprawę, umarł 3 dni późniéj w skutek szczękościsku i tężca.

Dla spóźnionéj pory Sekretarz odstąpił od zamiaru wygłoszenia objętego porządkiem dziennym odczytu: „o z a p a l e n i u r o p i a s t é m o k a p o o p e r a c y i z a ć m y“, a natomiast przedstawił k e r a t o s k o p Hirschberga, objaśniając przyrząd okazany następującemi uwagami:

Na przeszłém Walném zgromadzeniu miałem zaszczyt zwrócić uwagę na przedmiot, który w nowszych czasach poruszony przez Dra Placidę, nietylko zajmuje okulistów ale dla każdego praktykującego lekarza niemałéj, zdaniem mojém, powinien być uwagi. Mam tu na myśli keratoskopiję, czyli sposób badania rogówki przez odzwierciedlenie tarczy przedstawiającéj na tle białém dośrodkowe koła czarne, albo też odzwierciadlenie tablicy promienistéj Greena. Wyłuszczyłem wtenczas korzyści, które w prędki i łatwy sposób prostym tym przyrządem osiągnąć można i podniosłem, że keratoskop pod wielu względami może zastąpić drogie i powikłane oftalmometry. Zarazem napomknąłem, że przez stosowne wymierzanie wielkości odzwierciedlonego na rogówce obrazu, moglibyśmy nawet wybadać, jak wielki jest promień wypukłości téjże rogówki. Wiadomo bowiem, na co już Tomasz Young zwrócił uwagę, że najlepszy sposób wymierzania krzywizny jakiegokolwiek zwierciadła wypukłego polega na wymierzeniu obrazu z przedmiotów lśniących na płaszczyźnie odzwierciadlającéj powstałych. (Tę zasadę właśnie zastosował Helmholz do swego oftalmometru). Wielkość bowiem obrazu przedmiotu odzwierciedlonego na powierzchni wypukłéj pozostaje w prostym stosunku do wielkości promienia wypukłości zwierciadła, czyli im promień ten jest większym, tém téż większym jest obraz i odwrotnie. Jeżeli więc znamy wielkość przedmiotu (b), odległość (a) tegoż od zwierciadła wypukłego (rogówki), jakotéż wielkość obrazu (β), to łatwo da się obliczyć promień z następującego równania: $b : a = \beta : \frac{r}{2}$ (czyli odległości ogniskowéj, która jest połową promienia r). Z równania tego otrzymamy $r = \frac{2a \cdot \beta}{b}$

Kończąc mój odczyt poprzedni o keratoskopii wyraziłem przekonanie, że umieszczając odpowiednią podziałkę do keratoskopu tak, ażeby odzwierciedlaną tarczę można równocześnie i odmierzyć, będziemy mogli łatwo ów promień wypukłości obliczyć. Otóż nowy keratoskop zestawiony przez mechanika Dörffla w Berlinie za wskazówkami prof. Hirschberga ułatwia wypełnienie tego zadania. Tarcza Dra Placidy przymocowaną jest na odpowiednim trzonku do deszczułki, na któréj poza tarczą w pewnéj odległości stoi prostopadła podpora dla oka badanego i to tak wysoka, że jéj wolny koniec w równéj wysokości od podstawy leży, co i środek przedziurawionéj tarczy. Na połowie owego trzonka tarczowego przyczepiona jest w tyle do niego pod kątem prostym kwadratowa podziałka (4cm.□); na niéj białe równoległe o $\frac{1}{2}$mm. od siebie oddalone linije. Każda piąta linija jest krótsza, przez co łatwiéj każde $2\frac{1}{2}$mm. rozróżniać można. Ponieważ ta tabliczka podziałkowa da się okręcać około osi równoległéj do trzonka tarczy, przeto podziałkę rozmaicie ustawiać można stosownie do tego, jaki równik rogówki odmierzyć zamierzamy. Poza tarczą osadzone jest na rurce cylindrowéj, przechodzącéj przez środek tarczy, zwierciadełko podłużne dające się na około osi poziomej okręcać a zakrywające do połowy otwór cylindrowy. Patrząc przez otwór w tarczy widzi badający odzwierciedloną przedziałkę a równocześnie obraz tarczy na rogówce badanego, co umożebnia policzenie ilości $\frac{1}{2}$mm. objętych obrazem rogówkowym. Ponieważ średnica tarczy Placidy (b) i odległość téjże od rogówki badanego (a) są w tym przyrządzie równe, (wynoszą 216mm.) przeto powyższa formuła $r = \frac{2a\beta}{b}$ staje się jeszcze prostszą zmieniając się na $r = 2\beta$. Wyraża ona, że wielkość obrazu na rogówce pomnożona przez 2 podaje nam wielkość promienia rogówki.

W końcu zgodzono się na przyjęcie wniosku kol. Wlazłowskiego téj mniéj więcéj osnowy: obecni na zgromadzeniu koledzy, a za ich przyczynieniem i inni, zechcą zająć się wypróbowaniem pewnych środków, jak np. dwuchlorku rtęciowego (zachwalanego przez kol. Pernaczyńskiego) przeciwko dyfteryi, a następnemu Walnemu zgromadzeniu o skutkach doświadczeń swych donieść.

Posiedzenie zakończono o godzinie 9éj.

Dr. B. Wicherkiewicz,

VI Medycyna sądowa w wiekach średnich.

Skreślił **L. Blumenstok.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

Podobne nieliczne, ale wyraźne ślady wzywania znawców znachodzimy prawie równocześnie i we **F r a n c y i**. **L a c a s s a g n e** (*Précis de médecine judiciaire,* Paris 1878) twierdzi wprawdzie, że już Karol W. w rozporządzeniach sejmowych *(Capitullaria)* miał postanowić, że sędziowie powinni posiłkować się radą lekarzy, że jednakowoż z powodu zaburzeń, towarzyszących podziałowi cesarstwa, wywrócony został porządek rzeczy; ale nie mając sposobności sprawdzenia tego podania poprzestajemy na téj wzmiance. Nierównie ważniejszemi są następujące szczegóły. Z ogłoszonego przez Marniera w r. 1839 rękopismu biblijoteki Ste Geneviève o starém prawie zwyczajowém Normandyi z r. 1207—1245 **O r t o l a n** (l. c.) wyjmuje kilka ustępów, ważnych dla historyi nauki naszéj. I tak jeżeli ktoś wezwany do sądu usprawiedliwia niestawiennictwo chorobą *(m a l a d i e d e l a n g o r)*,“ *celle langor sera veue par*

léaus hommes, savoir mon (afin de savoir) se cil qui gist en son lit se faint, que il soit malade," a w inném miejscu prawodawca powtarza: „*Et lors sera il veuz par léaus hommes, se il est détenuz par maladie de langor.*" Jeżeli dziewczyna wystąpi ze skargą o zgwałcenie, „*la Justice fera veoir la meschine e sa bleccure par preude femmes e léaus, qui sachent quenoistre, se elle a esté prise à force.*" W przypadku danym Sąd odbyty w Falaise na św. Michał 1217 r. odrzekł: „*Il fut jugié, que la contesse d'Alençon, qui estoit grosse d'emfant, devoit estre veue, e que li roy la devoit fere garder par persones convenables.*" Równoczesne prawo zwyczajowe „*Grand Coustumier du pays e duché de Normandie*" rozróżnia nawet kilka rodzai oględzin, a mianowicie: *Veue d'homme en langueur, veue de mesfait, veue d'homme occis et veue de femme despucelée.* — Jeżeli w ustępach powyższych wprawdzie wyraźnie uznaną jest potrzeba oględzin, ale nie wiadomo, czy ustawy przez „*léaus*" i „*preudes femmes*" rozumiały lekarzy i akuszerki, to kwestyja w mowie będąca przedstawia się całkiem niewątpliwą w ówczesném chrześcijańskiém królestwie jerozolimskiém. Według „*Assises et bons usages du royaume de Jérusalem*" zestawionych w r. 1250 przez „*Messire Jean d'Ibelin, comte de Japhe et d'Ascalon, seigneur de Rames et de Baruth*" było zwyczajem, że, jeżeli ktoś wymawiał się chorobą, ranami lub słabością od stawiennictwa w sądzie, Sędzia (*le Seignor*) powinien był posłać do niego 3 członków sądu, a oprócz nich lekarza (*fisicien ou miege*) i chirurga (*serorgien*), celem przekonania się o jego chorobie. Przepis ten opiewa jak następuje: „*Le Seignor doit mander lors ché celui trois de ses hommes comme court, et un Fisicien et un Serorgien... Celui des trois hommes, qui est là en leue du Seignor li doit dire: mostrés vos essoignes* (=*exoine ou excuse*) *à cestui Miege, et il le doit faire, et cestoi Miege le doit veir et taster son pos* (=*pouls*), *et veir son orine, e se est chose, que le Serorgien doit conoistre, il doit mostrer sa blessure en la presence de trois de ces hommes, que le Seignor aura envoyé; et se le Miege dis par son serement de que il est tenus que il est essoignés, l'on ne le peut à plus mener tout com il demora en son hostel, et dira que il est essoignés; mais se le Fisicien ou le Serorgien ne conoist en lui aucune chose ou dehait, pourquoi il doit demorer d'aller à court, il doit aller et faire droit*" (*Assises de la Haute- Cour, chap.*223). Mamy tu więc szczegółowy przepis oględzin ściśle lekarskich, a widzimy, że orzeczenie lekarskie, pod przysięgą złożone, było rozstrzygającém w sprawie, o którą się rozchodziło. — Wracając do Francyi spotykamy się niedługo potém z reskryptem króla Filipa III Śmiałego (w maju 1278), odnoszącego się do miasta Rouen, w którym jest mowa o ustanowionych w têm mieście znawcach lekarskich: „*Per dictum cirurgicorum, ad hoc nobis et dictis majori* (=*Maire*) *et civibus juratorum.*" Że i w innych miastach francuskich, a głównie w Paryżu, również istnieli stale ustanowieni znawcy lekarscy, wynika z rozporządzenia Filipa IV Pięknego (w listopadzie 1311), w którym król nazywa ich „*ses bien aimés chirurgiens jurés en son Chastelet de Paris*" z wymienieniem nazwiska jednego z nich: *mâitre Jean Pitardi*; w r. 1352 król Jan II w reskrypcie swoim (w kwietniu wydanym) wymienia dwóch chirurgów: *mâitres Pierre Fromondi* i *Robert de Lingonis*) i nazywa ich znów: „*dilectos magistros cirurgicos nostros juratos castelleti nostri Parisiensis;*" wreszcie w wyroku Sądu paryskiego z d. 14 września 1390 r. jest mowa o orzeczeniu sądowolekarskiém, wydaném przez chirurga Jehan le Conte: „*sur quoi, oy maistre Jehan le Conte, cirurgien juré du roy, qui dist, que la playe faite audit feu Criquetot en la teste fu d'une hache, si comme il croit en sa conscience.*"

Zestawiając bilans z wieków średnich, powtarzamy, że w nich znajdujemy rzeczywiste początki praktyki sądowolekarskiéj u ludów romańskich, że ich atoli nie udało się dotąd znaleść u ludów germańskich pomimo skrzętnych poszukiwań. W cesarstwie niemieckiém przedstawia nam się widok podobny jak w rzymskiém: pomimo reformy stosunków lekarskich, zaprowadzonéj w r. 1241 przez cesarza Fryderyka II, pomimo licznych ustaw, czujących instynktowo potrzebę interwencyi znawców, nie przyszło do niéj, tak jak była nieznaną w państwie rzymskiém, pomimo organizacyi stanu lekarskiego i ustawodawstwa Justyniana.

W rzeczypospolitéj polskiéj instytucyja znawców sądowolekarskich wcale nie była znaną. Według statutu Kazimierza W. krewni lub przyjaciele zabitego obowiązani byli we 2 tygodnie po zaszłéj zbrodni udać się do burgrabiego i do urzędników, tudzież do komornika, a wyłuszczywszy im, co i kiedy się stało, oraz okazawszy im suknię skrwawioną, lub w braku jéj postawiwszy świadków, prosili, aby na grunt wysłano komornika; ten zjechawszy oglądał zabitego, lub grób i suknie jego (Hechell l. c.) Tak samo rozporządza statut Jana Olbrachta z r. 1496: „*Item statuimus, quod si quis citabit, seu evocabit ad judicium pro vulneribus, ministerialis ad instantiam vulnerati vulnera conspiciat debite, qui supra ministerialis recognitionem vulnerum suorum coram judicio debet edocere testibus totalibus super vulnera sua.*" Przepis ten uzupełniony i rozszerzony został przez króla Zygmunta I, który w r. 1538 rozporządził co następuje: „*Statuimus, ut vulneratus cruentis vel lividis vulneribus, vulnera in recenti, quam primum potuerit Capitaneali, quodcunque proximus percusso fuerit, aut judicio terrestri illius districtus ostendat et testata per se faciat; quae sic ostensa et eorum qualitas in acta castrensia aut terrestria in terminis terrestribus illius districtus inscribantur; et eo testimonio velut autentico et sufficienti actor reum..... convincere poterit.*" Przed ogłoszeniem tego rozporządzenia zaszedł w Warszawie fakt, wielce na uwagę zasługujący, o ile możnaby z niego wysnuć wniosek, że wówczas w przypadkach wątpliwych badano już i otwierano nawet zwłoki. Otóż w r. 1526 spalono w Warszawie dwie kobiety, posądzone o otrucie Janusza i Stanisława, ostatnich książąt mazowieckich. We dwa lata po ich spaleniu atoli król Zygmunt wydał wyrok (d. 9 lutego 1528) i ogłosić polecił, że „*manifeste constat, ipsum Dominum Ducem (Janussium) non arte nec opera humana, sed solius Domini Dei Omnipotentis voluntate ex hac vita sublatum et mortuum esse. Nam sicut in vita de intoxicatione et artificiali morte ejusdem Domini Ducis nihil penitus constabat, ita in ejus corpore mortuo nulla sed neque minima signa veneni sibi dati apparuerunt.*" Zdawałoby się, że wyrok podobny musiał być oparty na poprzedniém i ścisłém badaniu sądowo-lekarskiém; z osnowy wyroku atoli wynika, że król przybywszy do Warszawy sam rozważył sprawę („*maturo apud se consilio*"), że radził się posłów ziemskich i rad mazowieckich, ale o zasięgnięciu

zdania lekarskiego wcale mowy nie było. (Wojcickiego album literackie, Warszawa 1848 str. 25—28, Kozłowskiego: Dzieje Mazowsza, Warszawa 1858 str. 373). (Dok. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 4 bm. pod przewodnictwem naprzód r. m. Dra Warschauera a następnie prezydenta miasta Dra Weigla posiedzenie zwykłe, na którém po załatwieniu spraw bieżących fizyk miejski Dr. Buszek podał między innemi do wiadomości, iż P. Schön wykończył budowę wzorowéj mleczarni w Mydlnikach i zamierza otworzyć swój zakład na wiosnę roku przyszłego; że w dwóch miejscach założono nowe okienka kanałowe zamykające się automatycznie dla zapobieżenia rozchodzeniu się gazów kloacznych a że asystent budownictwa miejskiego p. Dąbrowski opracował ważną także pod względem sanitarnym sprawę bruków i chodników. Następnie dyrektor budownictwa miejskiego Niedziałkowski przedstawił potrzebę i plan kanału w ulicy Starowiślnéj z odnogą prowadzącą doń z Blichu przez Wielopole, tudzież uwiadomił o takiéj zmianie ujścia kanału miejskiego do Wisły pod Wawelem, która będzie okolicę Przewozu i przy najmniejszym stanie wody chronić od gazów kloacznych. Na wywody dyrektora budownictwa miejskiego zgodzono się po krótkiéj dyskusyi w zupełności. Opracowany przez prof. Dra Obalińskiego wykaz przyrządów i narzędzi potrzebnych do ratunku w przypadkach nagłych przyjęto bez zmiany i postanowiono starać się o wstawienie odpowiedniéj kwoty do budżetu miejskiego na rok 1884. R. m. Dr. Domański przedstawił trzy wnioski: 1) aby ze względu na trafiające się od czasu do czasu w Krakowie przypadki zatrucia grzybami Komisyja sanitarna zajęła się urządzeniem skutecznéj pod względem higijenicznym kontroli nad sprzedażą i konsumpcyją grzybów i w tym celu udała się do proff. Drów Janczewskiego, Łazarskiego i Rostafińskiego z prośbą o odpowiednie wskazówki, 2) aby Komisyja sanitarna dla zapobieżenia wybuchom gazu do świecenia zawezwała magistrat o pouczenie ludności odpowiedniém obwieszczeniem, jak jest rzeczą niebezpieczną wchodzić ze światłem do przestrzeni, w któréj gaz czuć a tém bardziéj poszukiwać płomieniem, zkąd gaz uchodzi, a nakoniec, 3) aby ze względu, że po zmianach obecnie w teatrze krakowskim zaprowadzonych obawiać się należy nie tyle pożaru, ile paniki nieuzasadnionéj i lada czém wywołanéj ze strony publiczności, która pamiętna na katastrofę w Ringteatrze wiedeńskim traci wszelką rozwagę i rzuca się tłumnie do wyjść sobie znanych, tworząc tém dopiero właśnie największe niebezpieczeństwo, wezwać Magistrat o zarządzenie, żeby wszystkie wyjścia nadzwyczajne za przykładem Berlina były oświecane lampami czerwonemi ze strzałkami oznaczającemi kierunek wyjścia, żeby publiczność zniewalano przynajmniéj raz na tydzień i to naprzemian w soboty i niedziele do opuszczania teatru wyjściami nadzwyczajnemi, nakoniec żeby nad wykonaniem tych rozporządzeń czuwali pod własną odpowiedzialnością dyrektor budownictwa miejskiego i naczelnik straży pożarnéj. Wnioski te poparte energicznie przez prezydenta miasta przyjęto jednomyślnie i przekazano Magistratowi do wykonania.

Ω. Na posiedzeniu Towarzystwa bijologicznego w Paryżu dnia 10 listopada odczytano sprawozdanie Komisyi francuskiéj wysłanéj do Egiptu z powodu cholery. Komisyja ta podaje, że w wymiocinach i odchodach stolcowych cholerycznych jakotéż i w treści kiszek przy sekcyjach znajdowano taką ogromną ilość najróżnorodniejszych postaci drobnowidowych grzybków, że Komisyja nie mogła dotąd stanowczo orzec, którym postaciom należałoby przypisać znaczenie patogenetyczne. Komisyja zgadza się z Drem Kochem, że grzybek przez niego opisany przeważnie występuje, że go się napotyka w różnych tkaninach przewodu pokarmowego. Jednakowoż grzybka tego, podobnego do *bacillus mallei humidi*, nie znaleziono w przypadkach cholery gwałtownie przebiegających *(foudroyante)*, co zdaniem Komisyi przemawia przeciw twierdzeniu Kocha, aby ów grzybek był chorobotwórczym. We krwi cholerycznych znajdowano stale maleńkie ciałka, podobne do komórek fermentu mlecznego, hodowla ich jednak ani razu w żaden sposób się nie udała. Również nie powiodło się Komisyi przeszczepienie jadu cholerycznego na zwierzęta.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 18—24 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 26,3. Z ospy umarło 2 (1 z. t.); z odry 2 (0 z t.); z płonicy 4 (4 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospicy, 5 odry, 6 płonicy, 3 błonicy, 3 krztuśca. W Londynie umarło z ospy od 11—17 listopada 0, zapadło świeżo 24, leczyło się w szpitalach 55. Po 1 osobie umarło w Budapeszcie, Brukseli, Roterdamie, Petersburgu, Warszawie, Saragosie i Lizbonie, po 2 osoby w Wiedniu i Granadzie, po 3 w Paryżu, Birmingham i Aleksandryi, po 6 w Madrycie i Nowym Orleanie, 10 w Murcyi, 22 w Maladze, 26 w Pradze, 34 w Madrasie. Z duru osutkowego umarło po 1 w Petersburgu, Murcyi, Saragosie, Granadzie; po 2 w Londynie i Walencyi, 3 w Maladze, 7 w Madrycie. Z cholery umarło w Aleksandryi (od 4—10 listopada) 21, w Bombayu (od 10—16 października) 4. W San Francisco umarło (od 20—26 października) 1 z febry żółtéj.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 11—17 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,6; we Lwowie 33,3; w Warszawie 29,7; w Poznaniu 24,4; w Wiedniu 24,3; w Budapeszcie 23,1; w Pradze 29,7; w Berlinie 25,0; w Hamburgu 21,8; we Wrocławiu 21,8; w Gdańsku 24,5; w Mnichowie 27,3; w Dreźnie 26,1; w Lipsku 18,2; w Bazylei 9,5; w Brukseli 25,9; w Amsterdamie 30,5; w Hadze 23,2; w Paryżu 23,4; w Londynie 22.2; w Kopenhadze 17,1; w Stokholmie 18,3; w Chrystyjanii 18.3; w Petersburgu 25,2; w Odesie 36,1; w Rzymie 20,6; w Wenecyi 22,2; w Bukareszcie 29,6; w Madrycie 36,0; w Lizbonie 28,4, w Aleksandryi 47,1; w Filadelfii 20,8; w Bombayu 22,8; w Madrasie 36,1. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 6 grudnia. Wydział krajowy mianował prof. Korczyńskiego Przewodniczącym w Komitecie administracyjnym szpitala św. Łazarza w Krakowie. Wiadomość tę podajemy z prawdziwém zadowoleniem, ponieważ po raz pierwszy godnością tą zaszczycony został lekarz. Po znanéj energii nowego Przewodniczącego spodziewamy się, że urzeczywistnioném zostanie życzenie wszystkich lekarzy, aby Zakład tak wielki, posiadający znakomite siły lekarskie, ogłaszał sprawozdania roczne, na wzór wychodzących w większych miastach Austryi i Niemiec, a któreto sprawozdania są nader pouczającemi dla lekarzy i ważnemi dla kraju; a spodziewamy się tego tém bardziéj, o ile nowo mianowany Przewodniczący już jako prymaryjusz tego szpitala wziął inicyjatywę w ogłoszeniu sprawozdania ze swego oddziału przynajmniéj, a jako członek Komitetu wielokrotnie potrzeby takich sprawozdań rocznych dowodził. — Co do kosztów wydawnictwa obawy są przesadzone, ponieważ znajdzie się sposób sprowadzenia wydatku do kwoty więcéj niż skromnéj.

* Towarzystwo lekarskie krak. wybrało na ostatnich posiedzeniach członkami czynnymi pp. lekarzy pułkowych Drów Mateusza Bočka i Bogumiła Fischera, oraz Drów Adama Dobruchowskiego, Henryka Ottona i Józefa Wiczkowskiego; członkiem zaś korespondentem p. Dra Henryka Dobrzyckiego w Warszawie.

* W ostatnim Numerze *Gazety Lek.* redakcyja wytyka Komisyi, wyznaczonéj z łona Tow. lek. krak., a mającéj za zadanie przesyłanie sprawozdań z prac polskich do roczników Virchowa i Hirscha, brak wytrwałości i zaniedbywanie się do tego stopnia, że w roczniku ostatnim mała tylko ilość sprawozdań z prac polskich się mieści. Przyznać niestety musimy, że zarzut ten jest aż nadto usprawiedliwiony, a jeżeli redakcyja dowodzi, że takie streszczenia, jakie w ostatnich czasach się ukazały, przynoszą raczéj szkodę aniżeli korzyść, to i z tém zdaniem najzupełniéj się zgadzamy, i to tém bardziéj, o ile sami od lat kilku przy każdéj sposobności w łonie Towarzystwa zwracaliśmy uwagę na chylenie się ku upadkowi Komisyi, naszém zdaniem najważniejszéj, ale téż i najbardziéj w obec kolegów odpowiedzialnéj, ponieważ każde pominięcie pracy jakiejś uważaliśmy za ubliżenie autorowi, wprawdzie nie zamierzone, ale niemniéj dotkliwe. Zdanie to podzielali i koledzy miejscowi, a wynikiem tego niezadowolenia ogólnego było staranie o poprawę. Zabiegi

w tėj mierze przez lat kilka były płonnemi, a upadek stawał się coraz oczywistszym, i doszedł do najniższego szczebla w roku bieżącym. Komitet Tow. lekarskiego przystąpił jednak energicznie do gruntownėj reformy Komisyi sprawozdawczėj, a na kilku posiedzeniach zastanawiał się nad wnioskami, zredagowanemi przez przewodniczącego Komisyi, które z pewnemi zmianami właśnie na ostatniém posiedzeniu pełném Tow. lekarskiego przyjęte zostały jednogłośnie. Tym sposobem Komisyja wchodzi w nową fazę istnienia swego, a spodziewajmy się, że okres ten będzie pomyślniejszy i lepiéj odpowie słusznym wymaganiom kolegów. Przewodniczącym pozostanie nadal prof. Oettinger, który dobiera sobie kilku referentów specyjalistów i sekretarza; każdy sprawozdawca podpisuje swój referat i otrzymuje za pracę swoją honoraryjum z kasy Towarzystwa; przewodniczący i sekretarz osobne otrzymują wynagrodzenie za pracę swoją uciążliwą, również z funduszów Towarzystwa.

Komisyja sprawozdawcza, od lat kilku istniejąca, pracowała dotąd bezinteresownie, albowiem honoraryjum, które nakładca roczników płaci za sprawozdania, jest tak skromném, że starczy zaledwie na pokrycie kosztów przepisywania itd.; przewodniczący i sekretarz mieli zadanie najprzykrzejsze, pierwszy zbierania sprawozdań i poprawiania ich pod względem językowym, a często nawet i tłumaczenia na język niemiecki, ostatni zestawiania prac w ciągu roku ogłoszonych i dostarczania odnośnych numerów poszczególnym referentom. Podczas gdy przewodniczący nigdy nie szczędził czasu i trudu, aby wywiązać się należycie z zadania swego, sekretarz nie mógł podołać swemu obowiązkowi, a to dla braku należytéj ilości egzemplarzy czasopism pozamiejscowych, a mówiąc wyraźniéj warszawskich. Ponieważ każdy członek Tow. lek. krak. otrzymuje egzemplarz Przegl. Lek., więc też co do naszego tygodnika nigdy trudność nie zachodziła, każdy referent posiadał bowiem własny egzemplarz i nic dziwnego, że przedewszystkiém zabierał się do zdania sprawy z tego pisma, które miał pod ręką; ztąd tłumaczy się nierównie większe uwzględnienie rozpraw ogłoszonych w Przegl. Lek., a bynajmniéj nie było ono wynikiem jakiegoś szczególnego uprzywilejowania tego pisma. Z drugiéj strony częste pomijanie prac ogłoszonych w pismach warszawskich nie dowodzi wcale, jakoby był dotkliwy brak tych pism w Krakowie, a tém mniéj jakiéjś chęci ubliżenia im. i ich współpracownikom; ale ponieważ z natury rzeczy wypływa, że nie każdy sprawozdawca posiada pisma warszawskie, tak jak posiada Przegl. Lek., więc niejeden zmuszony był czekać na dostarczenie sobie odpowiednich numerów przez sekretarza, który znów dostarczać ich albo wcale nie mógł albo przynajmniéj nie dość wcześnie, z téj prostéj przyczyny, że żaden właściciel pisma nie chciał go pożyczać z obawy nadwerężenia kompletu, bo numery często ginęły. Dodajmy do tego braku pism i tę okoliczność, że niektórzy referenci już to z powodu zajęć, choroby, przeniesienia się do innego miasta, już też to z innych powodów, nie dotrzymywali terminu przez redakcyję roczników ściśle oznaczonego i że już kilkodniowe opóźnienie się z dostarczeniem referatu pociąga za sobą nieumieszczenie tegoż,—a mamy główne powody, dla których, pomimo najlepszych chęci Towarzystwa lek., Komisyja w mowie będąca nie prosperowała. Wreszcie i na to zwrócić musimy uwagę, że zwyczajem dotąd było przyjętym w Komisyi, nie podawać tych prac autorów polskich, które równocześnie ogłoszone były w języku niemieckim; jak słyszymy, na przyszłość Komisyja zamierza odstąpić od tego zwyczaju, a to z słusznego wychodząc zapatrywania, że praca polska nie przestaje być częścią integralną piśmiennictwa naszego, choćby ukazała się i w języku obcym.

Uważaliśmy za rzecz wskazaną, rozpisać się nieco obszerniéj nad dotychczasową działalnością Komisyi sprawozdawczéj, przeciw któréj, jak przyznajemy, po największéj części słuszne podnoszono zarzuty, a zarazem zapowiedzieć działanie jéj skuteczniejsze w przyszłości; ale zarazem korzystamy z téj sposobności, aby poprzeć prośbę Komisyi wystósowaną do redakcyj pism lekarskich polskich o przysyłanie jéj rok rocznie kompletów, a przedewszystkiém upraszamy kolegów, aby odbitki swych prac zechcieli przysłać na ręce przewodniczącego lub sekretarza Komisyi (prof. Oettingera lub Dra Kopffa), odbitki bowiem najbardziéj ułatwiają sprawozdawcom i sekretarzowi pracę uciążliwą. A jeżeli tak redakcyje, jako i poszczególni autorowie zechcą przychylić się do naszéj prośby, wtedy tuszymy sobie, że Komisyja w obecnych warunkach wypełni należycie zadanie swoje, co do ważności którego najzupełniéj zgadzamy się z redakcyją *Gazety Lek.*

* W klinice prof. Madurowicza wykonano d. 25 listopada wycięcie torbiela jajnikowego, a przebieg do téj chwili jest całkiem prawidłowy. Jest to od roku 5ta z kolei owaryjotomija, wykonana w téj klinice z wynikiem pomyślnym. W przypadku ostatnim operacyję uskutecznił asystent kliniki.

* **Berlin.** Na posiedzeniu Tow. fizyjologicznego, odbytém w d. 26 października r. b. prof. Munk przedłożył badania rodaka naszego Dra Daniłły, docenta w Petersburgu, nad padaczką mózgową, która to praca umieszczoną będzie w archiwie du Bois-Reymonda.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Heidelberg.** Prof. nadzw. Thoma mianowany został prof. zwyczajnym. — **Dorpat.** Docent prywatny Dr. Braun mianowany prof. nadzw. — **Praga czeska.** Zastępca prof. anatomii patolog. Dr. Hlava potwierdzony został przez Ministerstwo oświecenia jako docent prywatny tego przedmiotu w Wydziale lek. czeskim. — Dzienniki polityczne donoszą o mianowaniu lekarza powiatowego Dra Reinsberga nadzw. profesorem medycyny sądowéj w tymże Wydziale. Zdawało się, że mianowany zostanie Dr. Hněvkovský, dla tego wiadomość powyższą podajemy z zastrzeżeniem.

Redakcyja otrzymała:

Prof. E. HOFMANN: Lehrbuch der gerichtl. Medicin, III vermehrte u. verbesserte Auflage, 2te Hälfte (Bogen 29—61). Wien u. Leipzig, Urban et Schwarzenberg 1884.

Dr. DANIŁŁO (docent Akademii lek. w Petersburgu): Encephalite parenchymateuse limitée de la substance grise avec épilepsie partielle (Jacksonienne) comme syndrome clinique. (Osobne odbicie z Archives de Neurologie Nr. 17) in 8vo str. 20 z tabl.

Tenże: Quelques considérations sur les sillons artériels de l'endocrane chez l'homme. (Osobne odbicie z Bullet. de la Sociéte d'Anthrop.) in 8vo str. 8.

Prof. Alfred FOURNIER: Syfilis i małżeństwo, przełożył za upoważnieniem autora Dr. Antoni Elsenberg, Warszawa 1884, in 8vo str. 206 i VI.

Wł. ŁUSZCZKIEWICZ: Nauka o budowie kształtów zewn. ciała ludzkiego. (Anatomija artystyczna) z 49 tabl. litograf. Kraków 1883, in folio str. 59.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla